**Research in Clinical Psychology and Counseling**
https://tpccp.um.ac.ir Vol. 12, No 1, 2022
ISSN(Online): 2423-4265 ISSN(Print): 2251-6352 Research Article

# Comparison of the Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy and Metacognitive Therapy on Adaptive and Maladaptive Strategies of Cognitive Emotion Regulation in Patients with Substance Use Disorder undergoing Methadone Maintenance Treatment

**Ali Ahmadi Roghabadi**
PhD Student of General Psychology, Neyshabur Branch, Islamic Azad University, Neyshabur, Iran. Email: aahmadi.r1354@gmail.com
**Zahra Bagherzadeh Golmakani**
Assistant Professor, Department of Psychology, Neyshabur Branch, Islamic Azad University, Neyshabur, Iran. (Corresponding Author) Email: z.golmakan@gmail.com
**Mahdi Akbarzadeh**
Assistant Professor, Department of Psychology, Neyshabur Branch, Islamic Azad University, Neyshabur, Iran.
**Ahmad Mansouri**
Assistant Professor, Department of Psychology, Neyshabur Branch, Islamic Azad University, Neyshabur, Iran.
**Mohammadreza Khodabakhsh**
Assistant Professor, Department of Psychology, Neyshabur Branch, Islamic Azad University, Neyshabur, Iran.

Recived: 02/08/2021 Revised: 05/12/2021 Accepted: 24/05/2022
**Citation:** Comparison of the Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy and Metacognitive Therapy on Adaptive and Maladaptive Strategies of Cognitive Emotion Regulation in Patients with Substance Use Disorder undergoing Methadone Maintenance Treatment. Research in Clinical Psychology and Counseling, *12*(1), 61-78. doi: 10.22067/tpccp.2022.70654.1118

## Abstract

**Purpose**: Substance use disorder, as one of the chronic psychiatric diseases, has become one of the major problems in society today. The aim of this study was to compare the effectiveness of acceptance and commitment therapy and metacognitive therapy on adaptive and maladaptive strategies of emotional regulation in patients with substance use disorder who were under the Methadone Maintenance Treatment (MMT).

**Method**: The method of the present study was semi-experimental with a pre-test and post-test design, a three-month follow-up step and a control group. The sample consisted of 60 patients receiving methadone maintenance treatment who had visited Mashhad addiction treatment centers during the second 6 months of 2018. Subjects were selected by the convenience sampling emthod and randomly assigned to two experimental groups (acceptance and commitment therapy and metacognitive therapy) and also a control group. Data were collected using the Cognitive Emotion Regulation Questionnaire (CERQ) and were analyzed using SPSS 24 software.

**Findings**: The results showed that both acceptance and commitment therapy and metacognitive therapy are effective in increasing adaptive cognitive emotion regulation strategies and reducing maladaptive cognitive emotion regulation strategiesis. Moreover, the findings showed that acceptance and commitment therapy is more effective than metacognitive therapy in modifying cognitive emotion regulation strategies. In general, it can be concluded that the treatment based on acceptance and commitment is an appropriate therapeutic approach for patients with substance use disorder who are under the methadone maintenance treatment.

**Keywords**: Acceptance and commitment therapy, metacognitive therapy, cognitive emotion regulation, adaptive and maladaptive strategies

پژوهش‌های روان‌شناسی بالینی و مشاوره

مقاله پژوهشی https://tpccp.um.ac.ir دسترسی آزاد

# مقایسه اثربخشی درمان پذیرش و تعهد و درمان فراشناختی بر راهبردهای سازگار و ناسازگار تنظیم شناختی هیجان در بیماران مبتلا به اختلال مصرف مواد تحت درمان نگهدارنده متادون

علی احمدی رق‌آبادی

دانشجوی دکتری تخصصی روانشناسی عمومی، گروه روانشناسی، واحد نیشابور، دانشگاه آزاد اسلامی، نیشابور، ایران ، aahmadi.r1354@gmail.com

زهرا باقرزاده گلمکانی

استادیار گروه روانشناسی، واحد نیشابور، دانشگاه آزاد اسلامی، نیشابور، ایران، (نویسنده مسئول)، z.golmakan@gmail.com

مهدی اکبرزاده

استادیار گروه روانشناسی، واحد نیشابور، دانشگاه آزاد اسلامی، نیشابور، ایران.

احمد منصوری

استادیار گروه روانشناسی، واحد نیشابور، دانشگاه آزاد اسلامی، نیشابور، ایران.

محمدرضا خدابخش

استادیار گروه روانشناسی، واحد نیشابور، دانشگاه آزاد اسلامی، نیشابور، ایران.

تاریخ دریافت: ۱۴۰۰/۵/۱۱ تاریخ بازنگری: ۱۴۰۰/۹/۱۴ تاریخ پذیرش: ۱۴۰۱/۳/۳

**استناد:** احمدی رق آبادی, علی, باقرزاده گلمکانی, زهرا, اکبرزاده, مهدی, منصوری, احمد, & خدابخش, محمدرضا. (۱۴۰۱). مقایسه اثربخشی درمان پذیرش و تعهد و درمان فراشناختی بر راهبردهای سازگار و ناسازگار تنظیم شناختی هیجان در بیماران مبتلا به اختلال مصرف مواد تحت درمان نگهدارنده متادون. پژوهش های روان شناسی بالینی و مشاوره, ۱۲(۱), ۶۱-۷۸. doi: 10.22067/tpccp.2022.70654.1118

## چکیده

**هدف:** اختلال مصرف مواد، به عنوان یکی از بیماری‌های مزمن روان‌پزشکی، امروزه به یکی از مشکلات عمده در جوامع تبدیل شده است. هدف پژوهش حاضر بررسی مقایسه اثربخشی درمان پذیرش و تعهد و درمان فراشناختی بر راهبردهای سازگار و ناسازگار تنظیم شناختی هیجان در بیماران مبتلا به اختلال مصرف مواد تحت درمان نگهدارنده متادون بود.

**روش:** پژوهش حاضر، یک طرح نیمه آزمایشی از نوع پیش‌آزمون و پس‌آزمون همراه با آزمون پیگیری سه‌ماهه با گروه کنترل بود. نمونه شامل ۶۰ نفر از بین بیماران دریافت‌کننده درمان نگهدارنده متادون بود که طی ۶ ماهه دوم سال ۱۳۹۸ به مراکز ترک اعتیاد مشهد مراجعه کرده بودند. آزمودنی ها به روش نمونه گیری در دسترس انتخاب شدند و به‌صورت گمارش تصادفی در دو گروه آزمایش (گروه‌درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد و گروه‌درمانی فراشناخت) و یک گروه کنترل جایگزین شدند. از پرسشنامه تنظیم شناختی هیجانی گارنفسکی و همکاران (۲۰۰۷) برای گردآوری داده‌ها استفاده شد و داده‌های جمع‌آوری‌شده به کمک نرم‌افزار Spss-24 تحلیل شد.

**یافته‌ها:** نتایج نشان داد که هم درمان پذیرش و تعهد و هم درمان فراشناختی بر افزایش راهبردهای تنظیم شناختی هیجان سازگار و کاهش راهبردهای تنظیم شناختی هیجان ناسازگار مؤثر هستند. همچنین یافته های پژوهش نشان داد که درمان پذیرش و تعهد در تغییر نمرات راهبردهای تنظیم هیجان نسبت به درمان فراشناختی مؤثرتر عمل کرده است. به‌صورت کلی می‌توان نتیجه گرفت که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در تنظیم شناختی هیجان در بیماران مبتلا به اختلال مصرف مواد تحت درمان نگهدارنده متادون رویکرد درمانی بهتری است.

**واژه‌های کلیدی:** درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش، درمان فراشناخت، تنظیم شناختی هیجانی، راهبردهای سازگارانه و ناسازگارانه

**مقدمه**

در کشور ما، سوءمصرف مواد مخدر[1] بسیاری از افراد و خانواده‌ها را درگیر خودساخته است و این موضوعی نیست که بتوان آن را کتمان و یا بی‌اهمیت قلمداد کرد (Karami, Amini, Behrozi, & Jafarinia, 2021). مختصات این آسیب اجتماعی که جامعه را به‌صورت مستقیم و غیرمستقیم هدف گرفته تا حدودی مبهم و ناپیداست؛ اما آنچه جالب‌توجه است، نحوه برخورد با مظاهر پیدایش این آسیب اجتماعی است (Seitz et al., 2019). بیش از دو دهه قبل روش برخورد با معتادان تنبیهی و سخت‌گیرانه بود و مجازاتی از قبیل زندان و بازپروری را شامل می‌شد و متولی امر نیز نیروی‌های انتظامی و زندان‌ها و بازپروری‌ها بودند (Afzali, Sarami, & Irankhah, 2018). با عوض شدن نگاه مسئولان و سیطره نگاه پزشکی به مسائل اجتماعی از جمله مقوله اعتیاد، فرد معتاد از یک مجرم به فردی بیمار مبدل گشته است (Mamsharifi, Jamehbozorg, & Takjoo, 2020). وابستگی به مواد[2] به‌عنوان اختلال مزمن و عودکننده مغزی شناخته می‌شود که به‌رغم پیامدهای زیان‌آور، با جست‌وجو و مصرف اجباری دنبال می‌شود (Singer, 2016). این پیامدهای زیان‌آور که جنبه‌های فیزیکی، روان‌شناختی، اجتماعی و ماهیتی حاد و مزمن دارند، به مشکلات اجتماعی جدی همچون جرم، بیکاری، نارسا کنش‌وری خانواده و استفاده نامناسب از مراقبت‌های پزشکی منجر می‌شوند (Sau, Mukherjee, Manna, & Sanyal, 2013).

مسائل و مشکلات یاد شده جهان شمول بوده؛ زیرا نتایج مطالعات همه‌گیرشناسی طبق آمار منتشر شده از سوی سازمان بهداشت جهانی[3] نشان می‌دهد که حدود سه درصد از جمعیت جهان به این اختلال مبتلا هستند (Vakharia, 2014). اگرچه نرخ شیوع سوءمصرف مواد در سال‌های اخیر افزایش چشمگیری نداشت و این میزان متناسب با رشد جمعیت جهانی بود؛ با این حال، به خاطر ماهیت مزمن و برگشت‌پذیر بودن وابستگی به مواد و هزینه‌های احتمالی ناشی از آن برای خانواده‌ها و جوامع، نگرانی‌های این حوزه در جامعه جهانی افزایش یافته است (Tam, Shik, & Lam, 2016). این نگرانی‌های مطرح شده کاملاً به‌جا و طبیعی است؛ زیرا عود مصرف چالش اساسی برای درمان اعتیاد بوده و ناتوانی درمان‌جویان برای پرهیز از مصرف؛ به‌خصوص برای دوره زمانی طولانی به وخیم‌تر شدن پیامدها شامل: کاهش نرخ بازگشت به درمان، مشکلات سلامتی و آسیب‌های اجتماعی منجر می‌شود. ازاین‌رو، شناسایی عوامل مرتبط با پیامدهای مثبت و منفی بعد از درمان اختلال مصرف مواد برای بهبود اثربخشی درمان‌های اعتیاد و همچنین کاهش مرگ‌ومیر ناشی از

1. substance abuse
2. substance dependence
3. world health organization (WHO)

این اختلال‌ها بسیار ضروری است (Decker, Peglow, Samples, & Cunningham, 2017).

یکی از بحث‌برانگیزترین درمان‌هایی که در مورد درمان اعتیاد مطرح شده است درمان نگه‌دارنده با متادون است و چون متادون خود یک مخدر است، این شبهه برای افراد ایجاد می‌شود که پزشک به‌جای اینکه فرد را ترک بدهد و کاری کند که فرد ماده‌ای را مصرف نکند به‌نوعی یک مخدر دیگر به فرد می‌دهد (Tosifian, Ghaderi Begeh-Jan, Khaledian, & Farrokhi, 2018). این افراد در واقع شناخت درستی از بیماری وابستگی به مواد ندارند. بسیاری از بیماران در ابتدا تصور می‌کنند که محال است دارویی وجود داشته باشد که با یک‌بار مصرف آن در روز به مدت حداقل ۲۴ ساعت نیاز به سوءمصرف هیچ ماده مخدر دیگری نداشته باشند. اگر در روند پذیرش بیمار از مشاوره تا شروع درمان راه درست و منطقی را در پیش گرفته شده باشد، وقتی بیمار برای اولین بار می‌فهمد که با خوردن متادون در یک وعده واقعاً نیاز به سوءمصرف هیچ ماده مخدر دیگری ندارد، به نوعی انگیزه‌اش برای ترک مواد مصرفی بیشتر می‌شود (Karimi Talabari, Noori Khajavi, & Rafiei, 2013). عوامل متعددی می‌توانند در بیماران مبتلا به اختلال مصرف مواد تحت درمان نگه‌دارنده متادون نقش داشته باشند. یکی از این عوامل تنظیم شناختی هیجانی[1] است (Lee, Bertoglio, Guimarães, & Stevenson, 2017). تنظیم شناختی هیجانی به فرد معتاد کمک می‌کند تا درک بهتری از پیامدهای منفی و عملکرد مؤثرتر در مقابل فشارهای روانی اجتماعی ناشی از سوءمصرف مواد داشته باشد (Laghi, Bianchi, Lonigro, Pompili, & Baiocco, 2021). از جمله پیامدهای منفی سوءمصرف مواد مخدر می‌توان به اختلال در سیستم‌های عصبی در حوزه انگیزش، تنظیم هیجانی، یادگیری، حافظه و کارکردهای اجرایی اشاره کرد (Perry & Lawrence, 2017)؛ به صورتی که هرچه سوءمصرف مواد ادامه یابد، اختلالات شناختی فرد نیز گسترش می‌یابند (Lorkiewicz et al., 2018). علاوه بر این، یکی از علل مهم افزایش ولع مصرف و کاهش خودکنترلی، عدم خودتنظیمی هیجانی و کاهش مؤلفه‌های شناختی در مدیریت هیجانات است (Tang, Tang, & Posner, 2016). عامل دیگر ولع مصرف مواد است (Tosifian et al., 2018). ولع مصرف، یکی از عوامل لغزش و بازگشت در تداوم پرهیز از مواد افیونی محسوب می‌شود. اگر میل به مصرف برآورده نشود، رنج‌های روانی و بدنی مانند ضعف، بی‌اشتهایی، اضطراب، بی‌قراری، پرخاشگری و افسردگی را در پی دارد (Li et al., 2021).

بنابراین، بررسی روش‌های کاهش ولع مصرف و به حداقل رساندن اثر هیجانات، افکار، خاطرات منفی و تحریک‌کننده در معتادان، یکی از مهم‌ترین دغدغه‌های درمانگران و پژوهشگران این حوزه است.

1. emotional cognitive regulation

پژوهش‌ها حاکی از آن است که متخصصان به کمک دو دسته از مداخلات از جمله، درمان دارویی (متادون[1]) و مداخلات فردی و گروهی روانی- اجتماعی به موفقیت‌های درمانی دست یافته‌اند. علاوه بر این، اجرای مداخلات روان‌شناختی از آن جهت که احتمال بازگشت درمان را کاهش داده و به کمک تغییر سبک زندگی فرد، تأثیر ماندگارتری در پایبندی به درمان و لغزش مجدد فرد دارد، در چند دهه اخیر مورد توجه متخصصان قرار گرفته است (Dimaggio et al., 2015). در این پژوهش به اثربخشی درمان پذیرش و تعهد[2] پرداخته می‌شود.

این رویکرد که از زمره رویکردهای موج سوم رفتاردرمانی است، پیشرفت‌هایی را در درمان اختلالات روانی و بهبود کیفیت زندگی نشان داده است و به کمک فرآیندهای پذیرش، ذهن آگاهی، فرآیندهای تغییر رفتار و تعهد، به ایجاد انعطاف‌پذیری روان‌شناختی می‌پردازد (Bloy, Oliver, & Morris, 2011). درمان پذیرش و تعهد، اعتیاد را یک الگوی رفتاری آموخته‌شده تلقی می‌کند. این رویکرد، برخلاف رویکردهای شناختی رفتاری که در پی اجتناب از بروز احساسات و افکار منفی، تغییر محتوای شناخت‌های مرتبط با مصرف مواد یا تمرکز بر تغییر اصرارها، هوس‌ها و تصاویر هستند؛ به بیمار در پذیرش، تجربه احساسات هرچند ناخوشایند در لحظه حال، پیاده‌سازی نقص شناختی و در پایان تعیین ارزش‌های زندگی و تعهد به آن‌ها کمک می‌کند (Masuda et al., 2004)؛ بنابراین، به جست‌وجوی راه‌هایی برای توصیف ترس، آسیب‌پذیری، اجتناب (عدم پذیرش) و عدم اجتناب (همجوشی) پرداخته می‌شود تا دلایل دور شدن از عملکرد مبتنی بر ارزش‌های زندگی شناسایی شوند. از این‌رو، می‌توان شاهد کاهش تمایل فرد معتاد به سوءمصرف مواد مخدر بود (Luoma, Kohlenberg, Hayes, & Fletcher, 2012). در این زمینه، نتایج پژوهش توهیگ، شوئنبرگر و هیز[3] (Twohig, Shoenberger, & Hayes, 2007) حاکی از تأثیر درمان پذیرش و تعهد بر کاهش ولع و وابستگی در مصرف‌کنندگان ماری‌جوانا بود. هرمن، می‌یر، اسکنار، باتن و واسلر[4] (Hermann, Meyer, Schnurr, Batten, & Walser, 2016) نیز در نتایج پژوهش خود نشان دادند که درمان پذیرش و تعهد بر اختلال استرس پس از سانحه همزمان و اختلال سوءمصرف مواد جانبازان تأثیر معناداری دارد. هیز، استروسال، بانتینگ، توینگ و ویلسون (Hayes, Strosahl, Bunting, Twohig, & Wilson, 2004) در نتایج پژوهش خود نشان دادند درمان پذیرش و تعهد و درمان تسهیل‌کننده به‌صورت

1. methadon
2. acceptance and commitment therapy
3. Twohig, Shoenberger & Hayes
4. Hermann, Meyer, Schnurr, Batten & Walser

کارآزمایی بالینی آزمایشی تصادفی ۱۲ مرحله‌ای[1] بر کاهش بیماران مبتلا به سوءمصرف بالای مواد افیونی به همراه درمان نگه‌دارنده با متادون مؤثر بود. با این حال، درمان پذیرش و تعهد بیش از دارودرمانی و درمان تسهیل‌کننده بر کاهش مصرف مواد و به طور کل پس از پیگیری نتایج مؤثر بوده است.

محققان معتقدند تعدیل و اصلاح باورهای فراشناختی و آموزش راهبردهای خودتنظیمی می‌تواند از طریق کاهش هیجانات منفی بر کاهش قابل‌ملاحظه ولع و تداوم مصرف مواد تأثیر بسزایی داشته باشد (Babai, Aminzade & Satari, 2019). بر این اساس، درمان فراشناختی به دلیل تقویت مهارت‌های مقابله–ای، تنظیم حالات شناختی، هیجانی و خلقی، تغییر الگوهای تفکر و پردازش شناختی و توجه به آن‌ها، موجبات کاهش نگرانی، نشخوار فکری، اجتناب و بازداری افکار و افزایش انعطاف‌پذیری در کنترل شناختی را فراهم می‌کند (Goldsmith, 2009).

فراآگاهی و توجه برگردانی موجود در درمان فراشناختی که منجر به تسهیل اجرای فنون و مداخلات این رویکرد می‌شوند، سنخیت فرهنگی بیشتری با جامعه ایرانی به‌ویژه در جهت کاهش مصرف، ترک و پایبندی به درمان مبتلایان به سوءمصرف مواد دارد که اهمیت اجرای آن را دوچندان می‌کند و می‌تواند در فهماندن نقص شناختی و پایبندی فرد به ارزش‌های زندگی مؤثر باشد (Reese, 2016). علاوه بر این، با بررسی مطالعات انجام‌شده، پژوهش‌های مختلفی به بررسی تأثیر درمان‌های روان‌شناختی از جمله درمان فراشناختی و درمان پذیرش و تعهد به طور جداگانه بر کاهش ولع مصرف و افزایش تنظیم شناختی هیجان پرداخته‌اند؛ اما هیچ پژوهشی به طور مشخص به مقایسه تأثیر دو روش مداخلاتی بر متغیرهای نام‌برده نپرداخته‌اند. همچنین هیچ‌یک از پژوهش‌های انجام شده به بررسی میزان اثربخشی و حتی مقایسه مداخله‌های نام‌برده را بر جامعه مردان تحت درمان نگهدارنده متادون جهت ترک مواد افیونی، مورد بررسی قرار نداده است که این تفاوت نیز انجام پژوهش حاضر را ضروری می‌نماید.

## روش

این پژوهش از نوع نیمه آزمایشی بود. این طرح با پیش‌آزمون و پس‌آزمون همراه با آزمون پیگیری سه‌ماهه با گروه کنترل انجام شد. جامعه آماری پژوهش حاضر شامل کلیه بیماران مبتلا به مصرف مواد مخدر شهر مشهد بودند. نمونه شامل ۶۰ نفر از بین بیماران دریافت‌کننده درمان نگه‌دارنده متادون که طی ۶ ماهه دوم سال ۱۳۹۸ به مراکز ترک اعتیاد مشهد مراجعه کردند، به روش در دسترس انتخاب شدند. بدین‌صورت

1. randomized clinical trial testing integrated 12-Step facilitation

که پس از اعلام فراخوان جهت شرکت در جلسات مداخله‌ای، از بیماران داوطلب پیش‌آزمون به عمل آمد. سپس شرکت‌کنندگانی که دارای پایین‌ترین نمرات در خودتنظیمی شناختی هیجانی و دارای معیارهای ورود و خروج از پژوهش بودند، تعداد ۶۰ نفر به‌صورت گمارش تصادفی در دو گروه آزمایش (گروه‌درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد و گروه‌درمانی فراشناخت) و یک گروه کنترل جایگزین شدند.

معیارهای ورود عبارت‌اند از:

۱. سوءمصرف مواد و مراجعه داوطلبانه به مراکز درمانی نگه‌دارنده متادون شهر مشهد جهت ترک مواد
۲. عدم ابتلا به اختلالات شناختی و شخصیتی شدید
۳. عدم شرکت هم‌زمان در مداخلات روان‌شناختی دیگر
۴. دارا بودن سن حداقل ۱۸ تا ۴۰ سال
۵. داشتن مدرک تحصیلی حداقل دیپلم
۶. رضایت آگاهانه به شرکت در جلسه‌های درمان

معیارهای خروج عبارت‌اند از:

۱. عدم رضایت به ادامه شرکت در جلسات
۲. وقوع حوادث پیش‌بینی‌نشده (بستری، مرگ و ...)
۳. عدم شرکت در جلسات درمان بیش از سه جلسه
۴. عدم برخورداری از شرایط جسمی یا روحی مناسب برای اتمام پاسخ‌دهی به پرسشنامه‌ها و نقص در تکمیل پرسشنامه‌ها به‌گونه‌ای که در نتیجه تأثیر منفی بگذارد.

## ابزارهای پژوهش

### ۱- پرسشنامه تنظیم شناختی هیجان[1] (CERQ)

پرسشنامه تنظیم شناختی هیجان گارنفسکی و کرایج (Garnefski & Kraaij, 2007) یک ابزار ۱۸ ماده‌ای است و راهبردهای تنظیم شناختی هیجان‌ها را در پاسخ به حوادث تهدیدکننده و تنیدگی‌زای زندگی در اندازه‌های پنج درجه‌ای از ۱ (هرگز) تا ۵ (همیشه) برحسب ۹ زیر مقیاس به این شرح می‌سنجد: خود سرزنشگری؛ دیگر سرزنشگری؛ تمرکز بر فکر/ نشخوارگری؛ فاجعه نمایی (فاجعه‌آمیز پنداری)؛ کم‌اهمیت شماری؛ تمرکز مجدد مثبت، ارزیابی مجدد مثبت؛ پذیرش؛ تمرکز مجدد بر برنامه‌ریزی. حداقل و حداکثر

1. cognitive emotion regulation questionnaire (CERQ)

نمره در هر زیرمقیاس به ترتیب ۲ و ۱۰ است و نمره بالاتر نشان‌دهنده استفاده بیشتر فرد از آن راهبرد شناختی محسوب می‌شود.

راهبرد شناختی تنظیم هیجان در پرسشنامه تنظیم شناختی هیجان به دو دسته کلی راهبردهای انطباقی (سازش‌یافته) و راهبردهای غیرانطباقی (سازش‌نایافته) تقسیم می‌شوند. زیرمقیاس‌های کم اهمیت شماری، تمرکز مجدد مثبت، ارزیابی مجدد مثبت، پذیرش و تمرکز مجدد بر برنامه‌ریزی؛ راهبردهای سازش یافته و زیرمقیاس‌های خود سرزنشگری، دیگر سرزنشگری، تمرکز بر فکر/ نشخوارگری و فاجعه‌نمایی؛ راهبردهای سازش نایافته را تشکیل می‌دهد (Besharat, 2016)

## ۲- پروتکل درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد

در این شیوه درمانی، تلاش می‌شود تا به‌جای تغییر شناخت‌ها، ارتباط روان‌شناختی فرد با افکار و احساساتش افزایش یابد. در پژوهش حاضر، این مداخله درمانی بر اساس پروتکل درمانی ویلسون و گیفورد و بتن[1] (۲۰۰۴) بود که توسط دکتر فرهاد اصغری استادیار گروه علوم تربیتی دانشگاه گیلان (۱۳۹۴)، تدوین شده است.

در پژوهش قنبری، توزنده‌جانی و نجات (۱۳۹۸) تأیید روایی محتوایی بسته درمانی و تطابق آن با اهداف پژوهش مشخص شده است. یازده جلسه طی سه ماه، هر هفته یک جلسه ۹۰ دقیقه‌ای که بسته درمانی مورد استفاده به شرح زیر خلاصه شده است:

جدول ۱: پروتکل درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT)

| جلسات | موضوعات |
|---|---|
| جلسه اول | (آماده شدن برای شروع) کسب رضایت مراجع، تشریح مراحل درمان، توضیح در رابطه با ابزار پژوهشی و تکمیل پرسشنامه‌ها توسط آزمودنی‌ها. |
| جلسه دوم | (آگاهی نسبت به هزینه‌های مصرف) آگاه شدن مراجع نسبت به تأثیرات سوءمصرف مواد در زندگی‌اش، استفاده از استعاره‌هایی مانند صورت‌برداری، پاک کردن گل‌ولای از لیوان. |
| جلسه سوم | (مواجهه با سیستم: ناامیدی خلاق) القای وضعیت ناامیدی خلاق با توجه به تلاش مخرب برای به دست آوردن زندگی مطلوب از طریق کنترل تجربه خصوصی، بررسی تاریخچه تلاش‌های صورت گرفته برای تغییر، بیان راه‌حل به عنوان بخشی از مشکل. |
| جلسه چهارم | (مسئله اصلی، کنترل هیجانات افراطی است)؛ مشکل کنترل هیجانات است، درک کامل مشکل و نه لزوماً انجام اقدامی متفاوت در لحظه حال قانون ٪۹۵ در مقابل ٪۵، معرفی قانون اگر چیزی را نخواهی داشته باشی، آن را خواهی داشت، استفاده از استعاره دروغ‌سنج. |
| جلسه پنجم | (تمایل هیجانی) معرفی تمایل به عنوان یک جایگزین، تفاوت تمایل به عمل کردن از تمایل به احساس |

1. Wilson, Gifford, Batten

| | |
|---|---|
| | کردن، تأکید بر این نکته که تمایل نمی‌تواند یک برنامه اساسی کنترل باشد، ارتباط برقرار کردن بین هزینه عدم تمایل و ارزیابی ارزش‌ها. |
| جلسه ششم | (تمایز فرد از برنامه‌ریزی) بسیاری از رفتارها خودکار هستند، این رفتارها برنامه‌ریزی شده‌اند، همیشه نباید به دنبال یافتن دلیل بود. شما افکار و احساساتشان نیستید، گسترش چشم‌اندازی نسبت به خود، فراتر از ارزیابی. |
| جلسه هفتم | (موانع پذیرش هیجانی) معرفی تحت‌اللفظی بودن، معرفی قراردادهای کلامی: برچسب زدن به افکار و احساسات به عنوان افکار و احساسات، نه آنچه آن‌ها می‌گویند، استفاده از استعاره‌هایی مانند هیولای سوار بر اتوبوس پطروس فداکار. |
| جلسه هشتم | (حرکت از پذیرش هیجانی به سمت تغییر رفتار) تمایز میان انتخاب و تصمیم، شناسایی ویژگی‌های عمل همسو با اهداف عمل کردن در مقابل تلاش کردن، تمایل به عنوان یک انتخاب و یک عمل، استفاده از استعاره‌هایی مانند گدای دم در کودک کج‌خلق و سعی در مقابل عمل. |
| جلسه نهم | (ارزش‌ها و اهداف) معرفی بسته سنجش ارزش‌ها، معین کردن تکلیف سنجش ارزش‌ها برای مراجع، انجام تکلیف سنجش ارزش‌ها توسط مراجع، درمانگر و مراجع در مورد ارزش‌های هر حوزه گفتگو می‌کنند. |
| جلسه دهم | (پذیرش مسئولیت برای تغییر) پذیرش در راستای اقدام مؤثر، بحث در مورد تفاوت میان درد و آسیب (تروما)، تمایل به کناره‌گیری از نقش قربانی، سرزنش در مقابل توان واکنش بازنگری شده، استفاده از استعاره پریدن، کبریت درون مخزن بنزین و علت تامه جرم. |
| جلسه یازدهم | (گسترش تمایل هیجانی به زندگی واقعی: تعهد دادن و پایبندی) تعهد رفتاری و پایبندی به آن، تمام کردن کار ناتمام، بخشش و پذیرش خود، دلایل احتمالی همان علت‌ها ئیست، تمایل مداوم، انجام تمرین مانند تمرین نقش معکوس، بخشش و پذیرش خود. |

## ۳- پروتکل درمان فراشناخت

در این شیوه درمانی، درمان فراشناختی را به‌صورت گروهی، در ده جلسه یک ساعت و نیم به مدت دو ماه دریافت کردند که ساختار این جلسات بر اساس الگوی فراشناختی ولز مبتنی بر نقایص فراشناختی به شرح زیر طراحی شد.

جدول ۲: پروتکل درمان فراشناخت

| جلسات | موضوعات |
|---|---|
| جلسه اول | خوش‌آمد گویی، بحث راجع به مکان برگزاری، تعداد جلسات، طول دوره و مدت‌زمان هر جلسه، مطرح کردن قوانین و مقررات گروه، معرفی و آشناسازی اعضا، توضیح در رابطه با ابزار پژوهشی و تکمیل پرسشنامه‌ها توسط آزمودنی‌ها. |
| جلسه دوم | بیان خلاصه محتوای جلسه قبل با کمک اعضاء، توضیح راجع به این‌که الگوی فراشناختی، فنون ذهن آگاهی انفصالی، آموزش توجه و به تعویق انداختن نگرانی چیست و ارائه نمودار آن، ارائه تکلیف و تأکید بر انجام تکلیف، دریافت بازخورد. |

| | |
|---|---|
| جلسه سوم | بحث راجع به باورهای فراشناختی مثبت و باورهای فراشناختی منفی و تمرین آن، آموزش تکنیک ذهن آگاهی گسلیده و آزمایش سرکوب–عدم سرکوب تمرین تکنیک به تعویق انداختن توجه متمرکز بر باورهای کنترل‌ناپذیری |
| جلسه چهارم | دریافت بازخورد از جلسه قبل، مرور تمرین و تکلیف جلسه قبل (نمونه باورهای فراشناختی مثبت و منفی)، چالش با باورهای فراشناختی مثبت و منفی، آموزش فن به تعویق انداختن نگرانی، آموزش و تمرین فن هدایت فراشناختی |
| جلسه پنجم | دریافت بازخورد از جلسه قبل، بحث پیرامون تکالیف خانگی، آموزش و تمرین تداعی آزاد، ارائه تکلیف خانگی، دریافت بازخورد. |
| جلسه ششم | استفاده از تکنیک رویارویی و جلوگیری از پاسخ متمرکز بر باورهای اطمینان بخشی، تکنیک متمرکز کردن مجدد توجه بر نشانه‌های ایمنی، آموزش و تمرین آزمایش ضد منع بازداری، ارائه تکلیف خانگی. |
| جلسه هفتم | دریافت بازخورد از جلسه قبل، مرور تکالیف خانگی، آموزش و تمرین فن تجویز ذهن سرگردان، آموزش تمرین تکلیف ببر، ارائه تکلیف، دریافت بازخورد. |
| جلسه هشتم | آموزش تکنیک ایجاد تغییر در پایش تهدید متمرکز بر باورهای خودآگاهی، استفاده از تکنیک اسناددهی مجدد کلامی و رفتاری متمرکز بر باورهای خطر |
| جلسه نهم | دریافت بازخورد از جلسه قبل، مرور تکالیف خانگی، آموزش و تمرین فن حلقه کلامی، آموزش تمرین تکلیف فن کودک متمرد، ارائه تکلیف، دریافت بازخورد و پاسخ به سؤال‌های مطرح شده توسط اعضاء |
| جلسه دهم | آموزش تکنیک بررسی شواهد مخالف و آماده کردن اعضا برای شناسایی موانع موجود در به‌کارگیری تکنیک‌ها و در نهایت نتیجه‌گیری |

در نهایت داده‌های به‌دست آمده از اجرای پژوهش، با استفاده از روش‌های آمار توصیفی (نمودار، میانگین و انحراف استاندارد) و آمار استنباطی (تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر و آزمون بنفرونی) جهت اثربخشی و ماندگاری گروه‌های درمان، به کمک نرم‌افزار SPSS-24 مورد تجزیه‌وتحلیل آماری قرار گرفت.

## یافته‌ها

میانگین سنی در گروه‌های درمان پذیرش و تعهد، فراشناختی و کنترل به ترتیب ۳۲/۱۵، ۳۴/۸۰ و ۳۳/۲۵ بود. تحلیل واریانس یک‌راهه نیز نشان داد که تفاوت معناداری میان گروه‌ها از لحاظ سن وجود ندارد ($p$>۰/۰۵، $F$=۱/۱۲۵). ۶۵ درصد شرکت‌کنندگان گروه درمان پذیرش و تعهد، ۸۰ درصد شرکت‌کنندگان گروه درمان فراشناختی و ۵۵ درصد افراد گروه کنترل مرد بودند، نتایج آزمون خی‌دو نشان داد گروه‌ها از لحاظ جنسی همگن بودند ($p$>۰/۰۵، $\chi^2$=۲/۸۵). ۶۰ درصد شرکت‌کنندگان گروه درمان فراشناختی تحصیلات دیپلم، ۴۰ درصد فوق‌دیپلم و بالاتر داشتند. ۵۵ درصد افراد گروه پذیرش و تعهد دیپلم و ۴۵ درصد فوق‌دیپلم و بالاتر بودند. ۷۰ درصد شرکت‌کنندگان گروه کنترل دیپلم و ۳۰ درصد فوق‌دیپلم بالاتر داشتند.

آزمون خی دو نشان داد که گروه‌ها از لحاظ تحصیلی همگن هستند ($p$>۰/۰۵ ، $\chi^2$=۰/۹۸۷). میانگین و انحراف متغیرهای پژوهش در جدول ۳ گزارش‌شده است.

جدول ۳: شاخص‌های توصیفی راهبردهای سازگار و ناسازگار تنظیم هیجان در گروه‌های آزمایشی و کنترل

| متغیر | گروه | فراشناختی | | پذیرش و تعهد | | کنترل | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | میانگین | انحراف | میانگین | انحراف | میانگین | انحراف |
| راهبردهای سازگار | پیش‌آزمون | ۲۳/۳ | ۴/۱۱۸ | ۲۴/۹ | ۲/۷۷ | ۲۱/۸۵ | ۳/۵۵۸ |
| تنظیم هیجان | پس‌آزمون | ۲۸/۰۸ | ۴/۰۵۳ | ۳۱/۴۵ | ۲/۸۲۳ | ۱۹/۹۵ | ۲/۸۹۷ |
| | پیگیری | ۲۸/۰۸ | ۳/۸۶۷ | ۳۲/۳۵ | ۲/۹۷۴ | ۱۹/۴۸ | ۲/۸۹۵ |
| راهبردهای ناسازگار | پیش‌آزمون | ۲۴/۴۵ | ۴/۲۷۳ | ۲۵/۰۰ | ۳/۷۷ | ۲۴/۰۵ | ۴/۵۲۴ |
| تنظیم هیجان | پس‌آزمون | ۱۷/۳۵ | ۴/۲۷۱ | ۱۲/۵ | ۲/۷۸۲ | ۲۴/۱۵ | ۴/۹۶۶ |
| | پیگیری | ۱۷/۰۰ | ۴/۵۷۷ | ۱۲/۲ | ۲/۴۱۹ | ۲۴/۲ | ۴/۸۱۹ |

نتایج آزمون شاپیرو-ویلک نرمال بودن داده‌ها و آزمون لوین مفروضه همگنی واریانس‌های راهبردهای سازگار تنظیم هیجان ($p$=۰/۱۲۶ و F=۲/۱۴۷) و راهبردهای ناسازگار تنظیم هیجان ($p$=۰/۷۷۵ و F=۰/۲۵۷) را تأیید کرد. نتایج نشان داد که همگنی ماتریس واریانس-کوواریانس برای راهبردهای سازگار تنظیم هیجان ($p$=۰/۴۲۹ و F=۱/۰۱۸ و Box's M= ۱۳/۲۲۶) و راهبردهای سازگار تنظیم هیجان ($p$=۰/۰۵۸ و F=۱/۷۰۸ و Box's M= ۲۲/۱۰۲) محقق شده است ($p$>۰/۰۵). فرض کرویت برای متغیرها برقرار نبود؛ بنابراین، برای گزارش در بخش اثرات درون‌گروهی از اصلاح گرینهاوس گیزر استفاده شد. تجزیه و تحلیل واریانس آمیخته در جدول ۴ گزارش‌شده است.

جدول ۴: نتایج تحلیل واریانس برای تفاوت‌های درون‌گروهی و بین گروهی

| متغیرها | منبع تغییرات | مجموع مجذورات | df | میانگین مجذورات | F | $p$ | اندازه اثر |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| راهبردهای | آزمون | ۴۱۳/۴۰۸ | ۱/۲۱ | ۳۴۱/۶۴۸ | ۶۷/۷۳۶ | ۰/۰۰۱ | ۰/۵۴۳ |
| سازگار | عضویت گروهی | ۲۵۹۵/۶۰۸ | ۲ | ۱۲۹۷/۸۰۴ | ۴۶/۳۷۵ | ۰/۰۰۱ | ۰/۶۱۹ |
| تنظیم هیجان | آزمون× عضویت گروهی | ۶۱۵/۲۰۸ | ۲/۴۲ | ۲۵۴/۲۰۹ | ۵۰/۴ | ۰/۰۰۱ | ۰/۶۳۹ |
| راهبردهای | آزمون | ۱۷۴۳/۶ | ۱/۲۶۶ | ۱۳۷۷/۶۹۴ | ۲۴۷/۴۳۲ | ۰/۰۰۱ | ۰/۸۱۳ |
| ناسازگار | عضویت گروهی | ۱۷۴۰/۱۳۳ | ۲ | ۸۷۰/۰۶۷ | ۱۹/۷۰۶ | ۰/۰۰۱ | ۰/۴۰۹ |
| تنظیم هیجان | آزمون× عضویت گروهی | ۱۰۹۸/۰۶۷ | ۲/۵۳۱ | ۴۳۳/۸۱۵ | ۷۷/۹۱۳ | ۰/۰۰۱ | ۰/۷۳۲ |

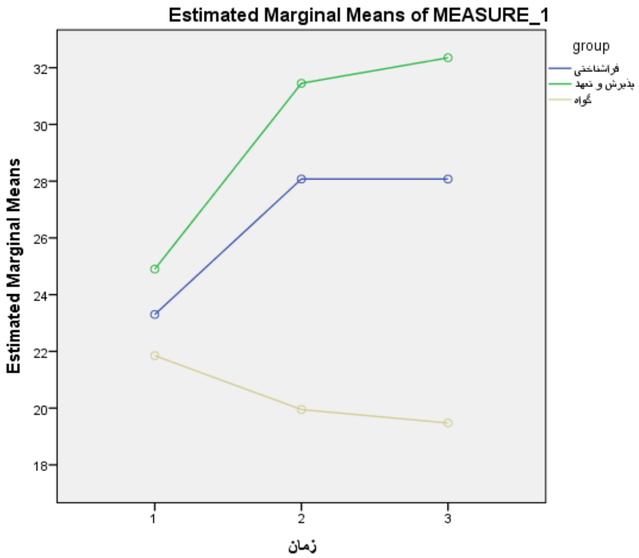
بر اساس جدول ۴ نمرات راهبردهای سازگار تنظیم هیجان در بخش درون‌گروهی شامل آزمون ($p$=۰/۰۰۱ و F=۶۷/۷۳۶) و تعامل آزمون*گروه ($p$=۰/۰۰۱ و F=۵۰/۴۰) در گروه‌های موردمطالعه در سه مرحله اندازه‌گیری معنادار است. همچنین در بخش بین گروهی تفاوت میانگین ($p$=۰/۰۰۱ وF=۴۶/۳۷۵) در گروه‌های موردمطالعه معنادار بود. نمرات راهبردهای ناسازگار تنظیم هیجان در بخش درون‌گروهی آزمون ($p$=۰/۰۰۱ و F=۲۴۷/۴۳۰) و تعامل آزمون*گروه ($p$=۰/۰۰۱ وF=۷۷/۹۱۳) و بخش بین گروهی ($p$=۰/۰۰۱ وF=۱۹/۷۰۶) در گروه‌های مورد مطالعه در سه مرحله اندازه‌گیری معنادار بود ($p$ >۰/۰۱). با توجه به معنادار شدن F انجام مقایسه‌های پس از تجربه ضروری به نظر می‌رسد؛ بنابراین، از آزمون تعقیبی بنفرونی جهت بررسی مقایسه‌ای گروه‌های درمان با گروه کنترل استفاده شد و نتایج آن در جدول شماره ۵ گزارش‌شده‌است.

جدول ۵: آزمون تعقیبی بنفرونی

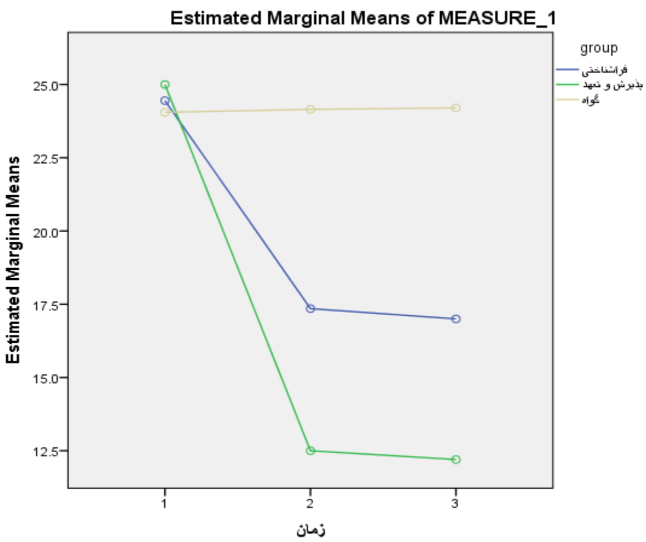
| متغیر | | مقایسه جفتی | تفاوت میانگین‌ها | خطای استاندارد | $p$ |
|---|---|---|---|---|---|
| راهبردهای سازگار تنظیم هیجان | رویکردهای درمان | فراشناختی-پذیرش و تعهد | *۳/۰۸۳- | ۰/۹۶۶ | ۰/۰۰۷ |
| | | فراشناختی –کنترل | *۶/۰۵۸ | ۰/۹۶۶ | ۰/۰۰۱ |
| | | پذیرش و تعهد –کنترل | *۹/۱۴۲ | ۰/۹۶۶ | ۰/۰۰۱ |
| | مراحل | پیش‌آزمون –پس‌آزمون | *۳/۱۴۲- | ۰/۳۶۹ | ۰/۰۰۱ |
| | | پیش‌آزمون –پیگیری | *۳/۲۸۳- | ۰/۳۸۶ | ۰/۰۰۱ |
| | | پس‌آزمون –پیگیری | ۰/۱۴۲- | ۰/۱۴۱ | ۰/۹۵۸ |
| راهبردهای ناسازگار تنظیم هیجان | رویکردهای درمان | فراشناختی-پذیرش و تعهد | *۳/۰۳۳ | ۱/۲۱۳ | ۰/۰۴۶ |
| | | فراشناختی –کنترل | *۴/۵۳۳- | ۱/۲۱۳ | ۰/۰۰۱ |
| | | پذیرش و تعهد –کنترل | *۷/۵۶۷- | ۱/۲۱۳ | ۰/۰۰۱ |
| | مراحل | پیش‌آزمون –پس‌آزمون | *۶/۵۰۰ | ۰/۴۰۲ | ۰/۰۰۱ |
| | | پیش‌آزمون –پیگیری | *۶/۷۰۰ | ۰/۴۰۳ | ۰/۰۰۱ |
| | | پس‌آزمون –پیگیری | ۰/۲ | ۰/۱۶۷ | ۰/۷۱ |

نتایج جدول ۵ نشان می‌دهد تفاوت میانگین گروه درمان فراشناختی با پذیرش و تعهد معنادار است؛ بنابراین، می‌توان گفت دو روش درمانی در افزایش نمرات راهبردهای سازگار تنظیم هیجان و کاهش راهبردهای ناسازگار تنظیم هیجان مؤثر بوده‌اند، بین اثربخشی درمان فراشناختی با پذیرش و تعهد بر نمرات راهبردهای تنظیم شناختی هیجان پس از درمان و پیگیری سه‌ماهه تفاوت وجود دارد. مقایسه میانگین‌ها نشان می‌دهد درمان پذیرش و تعهد در تغییر نمرات راهبردهای تنظیم هیجان مؤثرتر عمل کرده است. تفاوت‌ها از

پس‌آزمون به پیگیری معنادار نیستند ($p > ۰/۰۵$). به این معنا که اثرات درمانی در طول زمان ثبات داشته‌اند؛ بنابراین، می‌توان نتیجه گرفت اثربخشی درمان فراشناختی با پذیرش و تعهد بر راهبردهای سازگار و ناسازگار تنظیم هیجان در طول زمان ثبات دارد.




نمودار ۱: مقایسه میانگین راهبردهای سازگار تنظیم هیجان در سه مرحله‌ی اندازه‌گیری برای گروه‌های مورد مطالعه




نمودار ۲: مقایسه میانگین راهبردهای ناسازگار تنظیم هیجان در سه مرحله‌ی اندازه‌گیری برای گروه‌های مورد مطالعه

## نتیجه

پژوهش حاضر با هدف تعیین تفاوت اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان فراشناخت بر راهبردهای سازگارانه و ناسازگارانه تنظیم شناختی هیجان مواد بیماران مبتلا به اختلال مصرف مواد تحت نگهدارنده با متادون انجام شد. نتایج نشان داد که درمان پذیرش و تعهد بر افزایش راهبردهای تنظیم شناختی هیجان سازگار و کاهش راهبردهای تنظیم شناختی هیجان ناسازگار مؤثر است.

راهکارهای مداخله‌ای متعددی برای درمان وابستگی به مواد مطرح شده است. در این میان با وجود کارآمدی نسبی اغلب شیوه‌های درمانی در کاهش آسیب‌های ناشی از این اختلال و کمک در زمینه بهبودی آن، هنوز کاستی‌هایی وجود دارد که به تبع آن مدل‌های نظری جایگزین در حال شکل‌گیری هستند و درمان‌های جدیدی نیز به کار گرفته شده‌اند. نتایج پژوهش‌ها نشان داده گرچه مداخلات دارویی در کاهش تمایل و درمان اختلالات سوءمصرف مواد مؤثر است؛ با این وجود میزان تأثیر مداخلات مبتنی بر افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی و پذیرش‌مدار بر درمان وابستگی به مواد به‌ویژه در کاهش احتمال بازگشت درمان بیشتر است (Lee et al., 2015). جهانگیری و همکاران (Jahangiri et al., 2018) به این نتیجه رسیدند که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تنظیم شناختی هیجانی (تمرکز مجدد مثبت، تمرکز مجدد بر روی برنامه‌ریزی، ارزیابی مجدد مثبت، پذیرش و اتخاذ دیدگاه) و خودکارآمدی مقابله با مشکلات در مردان وابسته به مواد تحت درمان با متادون شهر بجنورد تأثیر دارد؛ بنابراین، از طریق درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر خودکار آمدی و تنظیم شناختی هیجان معتادان تحت درمان متادون می‌توان کمک کرد.

در تبیین یافته‌های پژوهش حاضر مبنی بر اثربخشی درمان تعهد و پذیرش بر راهبردهای تنظیم شناختی هیجان در بیماران مبتلا به اختلال مصرف مواد تحت نگهدارنده با متادون می‌توان اذعان کرد که مدیریت هیجان‌ها به‌منزله فرایندهای درونی و بیرونی است که مسئولیت کنترل، ارزیابی و تغییر واکنش‌های عاطفی فرد را در مسیر تحقق یافتن اعمال او بر عهده دارد و هرگونه اشکال و نقص در نظم‌جویی هیجان‌ها می‌تواند فرد را در برابر اشکال مختلف آسیب‌شناسی آسیب‌پذیر سازد (Compas et al., 2017). هیجان‌های منفی و موقعیت‌هایی که آن‌ها را رشد می‌دهند، موجب تلاش برای رهایی از آن‌ها توسط افراد می‌شوند. برای یک مصرف‌کننده مواد، رهایی از هیجان‌های منفی و اضطراب به‌صورت سوءمصرف مواد نمایان می‌شود. در واقع هنگامی که فرد برای مصرف مواد تحت‌فشار قرار می‌گیرد، مدیریت مؤثر هیجان‌ها، خطر سوءمصرف مواد را کاهش می‌دهد. توانایی مدیریت هیجان‌ها باعث می‌شود که فرد در موقعیت‌هایی که خطر مصرف بالا است، از راهبردهای مقابله‌ای مؤثر استفاده کند (Estévez, Jáuregui, Sánchez-Marcos, López-González, & Griffiths, 2017). به‌طورکلی پژوهش‌ها نشان‌دهنده این مطلب هستند که حضور راهبردهای ناسازگارانه نظم جویی شناختی هیجان آسیب‌رسان‌تر از عدم

وجود راهبردهای سازگارانه است (Aldao, Nolen-Hoeksema, & Schweizer, 2010). درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در گروه آزمایش موجب کاهش معناداری در نمرات راهبردهای ناسازگارانه‌ی نظم جویی شناختی هیجان شد. به‌طوری‌که نمرات در طی دوازده جلسه آموزشی کاهش قابل‌توجهی نسبت به نمرات پیش‌آزمون داشتند. درحالی‌که نمرات راهبردهای ناسازگارانه در گروه کنترل کاهش معناداری نداشت. در واقع تفاوت گروه کنترل و آزمایش در مورد کاهش راهبردهای ناسازگارانه معنادار بود. پژوهش‌های تجربی انجام گرفته در این زمینه نشان داده است که سوءمصرف‌کنندگانی که از راهبردهای نظم جویی هیجان سازگارانه‌تری استفاده می‌کنند، در دوره درمان موفق‌ترند و برعکس افرادی که قادر به مدیریت هیجان‌های خود نیستند، به احتمال زیاد مصرف‌کننده دائمی مواد می‌شوند (Marceau, Kelly, & Solowij, 2018).

بنابراین می‌توان گفت که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با هدف مواجهه با وسوسه و هر هیجان نامطلوب و آگاهی از وجود آن و با تأکید بر پذیرش آن‌ها بدون قضاوت و داوری، می‌تواند موجب کاهش رفتارهای ناسازگارانه شود. در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، مفهوم درهم‌آمیختگی یا گسلش شناختی نشان‌دهنده میزان تأثیری است که یک فکر (مثلاً میل به مصرف) روی رفتار دارد. رفتار وابسته به بافت و رفتار وابسته به فکر در پیوستار بین درهم‌آمیختگی یا گسلش شناختی قرار می‌گیرند و وقتی فرد با افکارش درمی‌آمیزد نمی‌تواند قضاوت ذهنی خودش از واقعیت را از خود واقعیت تمیز دهد (Rose et al., 2018).

از طرفی درمان فراشناختی با آموزش مهارت‌هایی همچون راهبردهای تنظیم شناختی هیجان به بیمار موجب پاسخ‌دهی به رخدادهای درونی به شیوه‌ای انعطاف‌پذیر و غیرمتمرکز می‌شود. فرد از طریق تنظیم شناختی هیجان یاد می‌گیرد که با فاصله گرفتن از افکار و تجربه کردن آن‌ها به شیوه گسلیده می‌تواند پاسخ جدیدی به برانگیزاننده‌های نگرانی دهد و در حقیقت درگیر فرآیند نگرانی نشود. در این رویکرد از تنظیم شناختی هیجان به عنوان وسیله‌ای برای متوقف کردن پردازش مداوم به‌صورت نگرانی استفاده می‌شود. همچنین جهت افزایش کنترل توجه نیز استفاده می‌شود. همچنین در تبیین الگوی فراشناختی می‌توان گفت که به‌جای چالش با افکار مزاحم و اضطراب‌زا ارتباط با افکار است که مانع از ایجاد مقاومت با تحلیل ادراکی پیچیده می‌شود و معتادان را به این سمت هدایت می‌کند که افکار مزاحم، الزام به عمل ختم نمی‌شوند و صرفاً یک فکر مزاحم را باید به حال خودش رها کرد و درگیر آن نشد که در نتیجه به مصرف مواد برای فرار از افکار و هیجانات مزاحم (نگرانی، اضطراب و افسردگی) کمتر روی بیاورند؛ به‌عبارت‌دیگر معتادان می‌آموزند که رویدادهای استرس‌زای زندگی را فاجعه‌آمیز تلقی نکنند و در مقابل آن‌ها هیچ‌گونه پاسخ‌دهی تلاشگرانه شناختی یا رفتاری نشان ندهند که این خود باعث کاهش افسردگی در این افراد گردید. این آموزه‌ها با استفاده از تکنیک‌های تکلیف ببر، تصویرسازی

ابرها، تمثیل ایستگاه قطار تمثیل کودک نافرمان و تجویز ذهن سرگردان فراهم شد. با توجه به نتایج به‌دست‌آمده می‌توان نتیجه گرفت که درمان گروهی فراشناختی بر تنظیم شناختی هیجان اثر داشته است.

بنابراین، با توجه به مطالب مذکور مشخص و تبیین گردید که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان فراشناختی بر راهبردهای تنظیم شناختی هیجان بیماران مبتلا به اختلال مصرف مواد تحت نگهدارنده با متادون اثربخش بوده و با توجه به یافته‌های پژوهش مشخص شد که اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان فراشناختی قابل‌توجه است. از محدودیت‌های این پژوهش می‌توان به استفاده از ابزارهای خود گزارشی مربوط به درمان اشاره کرد که محدودیتی برای تفسیر نمرات درمان در این پژوهش محسوب می‌شود. همچنین به دلیل آنکه این پژوهش در نمونه‌ی خاصی اجرا شد در نتیجه در تعمیم‌پذیری نتایج درمان باید احتیاط شود و در نهایت ماده مصرفی آزمودنی‌های پژوهش شامل شیره و تریاک بوده و افرادی که سایر مواد را مصرف می‌کنند کنار گذاشته شدند. همچنین پیشنهاد می‌شود که دوره‌های دیگر درمان همراه با دوره پیگیری تکرار شود (جدا از دوره‌ی پیگیری اول) که مشخص شود آیا بعد از گذشت زمان آیا نتایج به‌دست‌آمده ثابت می‌مانند یا خیر.

**References**

Afzali, R., Sarami, H., & Irankhah, A. (2018). Content Analysis of Media Content in Control over and Counter against Narcotics in Iran (Ettela'at and Iran Newspapers). *Research on Addiction, 12*(45), 31-52 .(In Persian).

Aldao, A., Nolen-Hoeksema, S., & Schweizer, S. (2010). Emotion-regulation strategies across psychopathology: A meta-analytic review. *Clinical psychology review, 30*(2), 217-237.

Besharat, M. A. (2016). Cognitive Emotion Regulation Questionnaire: Instruction and Scoring. *Journal of developmental Psychology, 13*(50), 221-223 .(In Persian)

Bloy, S., Oliver, J. E., & Morris, E. (2011). Using acceptance and commitment therapy with people with psychosis: A case study. *Clinical Case Studies, 10*(5), 347-359.

Cederberg, J. T., Cernvall, M., Dahl, J., von Essen, L., & Ljungman, G. (2016). Acceptance as a mediator for change in acceptance and commitment therapy for persons with chronic pain? I*nternational Journal of Behavioral Medicine, 23*(1), 21-29.

Compas, B. E., Jaser, S. S., Bettis, A. H., Watson, K. H., Gruhn, M. A., Dunbar, J. P., . . . Thigpen, J. C. (2017). Coping, emotion regulation, and psychopathology in childhood and adolescence: A meta-analysis and narrative review. *Psychological bulletin, 143*(9), 939-991.

Decker, K. P., Peglow, S. L., Samples, C. R., & Cunningham, T. D. (2017). Long-term outcomes after residential substance use treatment: Relapse, morbidity, and mortality. *Military medicine*, 182(1-2), e1589-e1595.

Dimaggio, G., D'Urzo, M., Pasinetti, M., Salvatore, G., Lysaker, P. H., Catania, D., & Popolo, R. (2015). Metacognitive interpersonal therapy for co-occurrent avoidant personality disorder and substance abuse. *Journal of clinical psychology, 71*(2), 157-166.

Estévez, A., Jáuregui, P., Sánchez-Marcos, I., López-González, H., & Griffiths, M. D. (2017). Attachment and emotion regulation in substance addictions and behavioral addictions. *Journal of behavioral addictions, 6*(4), 534-544.

Fadardi, J., & Barerfan, Z. (2011). The effect of Drugs-Attention Control Training Program on Drug-Related Attentional Bias and Improving other Indices of Recovery. *Foundations of Education, 11*(2), 29- 56. (in Persian). doi:10.22067/fe.v11i2.2863

Garnefski, N., & Kraaij, V. (2007). The cognitive emotion regulation questionnaire. *European Journal of Psychological Assessment, 23*(3), 141-149.

Goldsmith, A.A., Tran, G.Q., Smith, J.P., & Howe, S.R. (2009). Alcohol Expectancies and drinking motives in college drinker, *Addictive Behavior*, *34*(6-7), 505-513.

Hayes, S. C., Strosahl, K. D., Bunting, K., Twohig, M., & Wilson, K. G. (2004). *What is acceptance and commitment therapy? A practical guide to acceptance and commitment therapy* (pp. 3-29): Springer.

Hermann, B. A., Meyer, E. C., Schnurr, P. P., Batten, S. V., & Walser, R. D. (2016). Acceptance and commitment therapy for co-occurring PTSD and substance use: A manual development study. *Journal of Contextual Behavioral Science, 5*(4), 225-234.

Jahangiri, A., Shirdal, M., & Gharachoorlou, S. (2018). The Effectiveness of Acceptance and Commitment (Act) Therapy on Cognitive-Emotional Regulation and Self-Efficacy in Struggling with Problems in People with Substance Abuse Treated with Methadone. *Journal of North Khorasan University of Medical Sciences*, *10*(2), 41-49. (In Persian)

Karami, N., Amini, N., Behrozi, M., & Jafarinia, G. (2021). The Prediction of Distress Tolerance based on Brain-Behavioral Systems, HEXACO Personality Characteristics and Social Isolation in Substance-Dependent Individuals. *Etiadpajohi*, *14*(58), 265-290. (In Persian)

Karimi Talabari, Z., Noori Khajavi, M., & Rafiei, H. (2013). Reasons of Methadone Maintenance Therapy Drop out in Clients of Iranian National Center for Addiction Studies (INCAS): A Qualitative Study. *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology, 18*(4), 299-309. (In Persian)

Kelson, J., Rollin, A., Ridout, B., & Campbell, A. (2019). Internet-delivered acceptance and commitment therapy for anxiety treatment: systematic review. *Journal of medical Internet research*, *21*(1), e12530.

Kim, M. S. (2020). Psychiatric symptoms and emotion regulation strategies among the unemployed people in Korea: A latent profile analysis. *Plos one*, *15*(8), e0236937.

Laghi, F., Bianchi, D., Lonigro, A., Pompili, S., & Baiocco, R. (2021). Emotion regulation and alcohol abuse in second-generation immigrant adolescents: the protective role of cognitive reappraisal. *Journal of health psychology*, *26*(4), 513-524.

Lanza, P. V., Garcia, P. F., Lamelas, F. R., & González-Menéndez, A. (2014). Acceptance and commitment therapy versus cognitive behavioral therapy in the treatment of substance use disorder with incarcerated women. *Journal of clinical psychology*, *70*(7), 644-657.

Latham, G. P., Saari, L. M., Pursell, E. D., & Campion, M. A. (1980). The situational interview. J*ournal of Applied Psychology, 65*(4), 422-427.

Lee, E. B., An, W., Levin, M. E., & Twohig, M. P. (2015). An initial meta-analysis of Acceptance and Commitment Therapy for treating substance use disorders. *Drug and alcohol dependence*, *155*, 1-7.

Lee ,J. L., Bertoglio, L. J., Guimarães, F. S., & Stevenson, C. W. (2017). Cannabidiol regulation of emotion and emotional memory processing: relevance for treating anxiety-related and substance abuse disorders. *British journal of pharmacology*, *174*(19), 3242-3.٢٥٦

Li, J., Weidacker, K., Mandali, A., Zhang, Y., Whiteford, S., Ren, Q., . . . Du, J. (2021). Impulsivity and craving in subjects with opioid use disorder on methadone maintenance treatment. *Drug and Alcohol Dependence, 219*, 108483.

Lorkiewicz, S. A ,.Ventura, A. S., Heeren, T. C., Winter, M. R., Walley, A. Y., Sullivan, M., . . . Saitz, R. (2018). Lifetime marijuana and alcohol use, and cognitive dysfunction in people with human immunodeficiency virus infection. *Substance abuse, 39*(1), 116-123.

Luoma, J. B., Kohlenberg, B. S., Hayes, S. C., & Fletcher, L. (2012). Slow and steady wins the race: a randomized clinical trial of acceptance and commitment therapy targeting shame in substance use disorders. *Journal of consulting and clinical psychology*, *80*(1), 43-53.

Mahmoudi, H., & Ghaderi, S. (2017). Effectiveness of Acceptance and Commitment Group Therapy in Reducing Depression, Stress, and Anxiety among Ex-Addicts in Tabriz Central Prison. *Research on Addiction, 11*(43), 195-210. (In Persian)

Mamsharifi, P., Jamehbozorg, A., & Takjoo, J. (2020). The Effectiveness of Cognitive Rehabilitation on Increased Attention and Memory Functions in Heroin Addicts. *Research on Addiction, 14*(55), 229-243. doi:10.29252/etiadpajohi.14.55.229. (In Persian)

Marceau, E. M., Kelly, P. J., & Solowij, N. (2018). The relationship between executive functions and emotion regulation in females attending therapeutic community treatment for substance use disorder. *Drug and alcohol dependence, 182*, 58-66.

Masuda, A., Hayes, S. C., Sackett, C. F., & Twohig, M. P. (2004). Cognitive defusion and self-relevant negative thoughts: Examining the impact of a ninety year old technique. *Behaviour research and therapy, 42*(4), 477-485.

Perry, C., & Lawrence, A. (2017). Addiction, cognitive decline and therapy: seeking ways to escape a vicious cycle. *Genes, Brain and Behavior, 16*(1), 205-218.

Reese, E. D., & Veilleux, J. C. (2016). Relationships between craving beliefs and abstinence self-efficacy are mediated by smoking motives and moderated by nicotine dependence. *Nicotine & Tobacco Research*, *18*(1), 48-55.

Rose, M. R., Norton, S., Vari, C., Edwards, V., McCracken, L., Graham, C. D., . . . Chalder, T. (2018). Acceptance and Commitment Therapy for Muscle Disease (ACTMus): protocol for a two-arm randomised controlled trial of a brief guided self-help ACT programme for improving quality of life in people with muscle diseases. *BMJ open, 8*(10), e022083.

Sadri Damirchi, E., Asadi Shishegaran, S., & Esmaili Ghazivalooi, F. (2017). Effectiveness of Mindfulness-Based Cognitive Therapy in Craving, Dependency, and Cognitive Emotion Regulation in Drug-Dependent Women. *Etiadpajohi*, *11*(43), 51-69. (in Persian)

Sau, M., Mukherjee, A., Manna, N., & Sanyal, S. (2013). Sociodemographic and substance use correlates of repeated relapse among patients presenting for relapse treatment at an addiction treatment center in Kolkata, India. *African Health Sciences, 13*(3), 791-799.

Seitz, N.-N., Lochbühler, K., Atzendorf, J., Rauschert, C., Pfeiffer-Gerschel, T., & Kraus, L. (2019). Trends in substance use and related disorders: Analysis of the epidemiological survey of substance abuse 1995 to 2018. *Deutsches Ärzteblatt International, 116*(35-36), 585.

Setorg, S., Kazemi, H., Raisi, Z. (2014). Effectiveness of meta-cognitive therapy on craving beliefs and substance-related beliefs in substance abuse disorder patients. *Etiadpajohi, 7* (28) :147-162.

Singer, P. D. (2016). *Factors associated with long-term recovery from substance use disorders: California state university*, Thesis for Degree Master of Social Work, Long Beach.

Smallwood, R. F., Potter, J. S., & Robin, D. A. (2016). Neurophysiological mechanisms in acceptance and commitment therapy in opioid-addicted patients with chronic pain. *Psychiatry Research: Neuroimaging, 250*, 12-14.

Tam, H. L., Shik, A. W. Y., & Lam, S. S. L. (2016). Using expressive arts in relapse prevention of young psychotropic substance abusers in Hong Kong. *Children and Youth Services Review*, *60*, 88-100.

Tang, Y.-Y., Tang, R., & Posner, M. I. (2016). Mindfulness meditation improves emotion regulation and reduces drug abuse. *Drug and Alcohol Dependence, 163*, 13-18.

Tosifian, n., Ghaderi Begeh-Jan, K., Khaledian, M., & Farrokhi, N. (2018). Structural Modeling of Family Function and Drug Craving in Addicted People under Methadone Maintenance Treatment with an Emphasis on the Mediating Role of Self-Compassion. *Etiadpajohi, 11*(44), 209-226. (In Persian)

Twohig, M. P., Shoenberger, D., & Hayes, S. C. (2007). A preliminary investigation of acceptance and commitment therapy as a treatment for marijuana dependence in adults. *Journal of applied behavior analysis, 40*(4), 619-632. doi:10.1901/jaba.2007.619-632

Vakharia, S. P. (2014). Incorporating substance use content into social work curricula: Opioid overdose as a micro, mezzo, and macro problem. *Social work education, 33*(5), 692-698.

Watson, D., Clark, L. A., & Tellegen, A. (1988). Development and validation of brief measures of positive and negative affect: the PANAS scales. *Journal of personality and social psychology, 54*(6), 1063.

Witkiewitz, K., Bowen, S., Douglas, H., & Hsu, S. H. (2013). Mindfulness-based relapse prevention for substance craving. *Addictive behaviors, 38*(2), 1563-1571.